

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N° —

POUR

Le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le Jeudi 1^{er} Février 1900, à 1 heure

PAR

M. THIBAUT

Né à Boissy-Maugis (Orne) le 24 juin 1871

Externe des Hôpitaux.

DE L'ÉPIDÉMICITÉ
DE
L'APPENDICITE

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

CHARRIN et ALBARRAN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

187

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE N°

POUR

Le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le Jeudi 1^{er} Février 1900, à 1 heure

PAR

M. THIBAUT

Né à Boissy-Maugis (Orne) le 24 juin 1871

Externe des Hôpitaux.

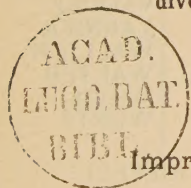
DE L'ÉPIDÉMICITÉ
DE
L'APPENDICITE

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

CHARRIN et ALBARRAN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	N...
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
	GRANCHER
Maladies de enfants	JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des mala-	FOURNIER
dies de l'encéphale	RAYMOND
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	BERGER
Clinique des maladies du système nerveux.	DUPLAY
	LEDENTU
Clinique chirurgicale	TILLAX
	PANAS
Clinique ophtalmologique	GUYON
Clinique des maladies des voies urinaires..	BUDIN
Clinique d'accouchement	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation,

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SOEUR

A MA GRAND'TANTE

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur à la Faculté de médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Préface

A la veille de terminer nos études, c'est un devoir pour nous, et en même temps un grand plaisir, de rendre hommage aux maîtres qui ont dirigé notre éducation médicale.

Les Docteurs Pierre Delbet et Ricard, professeurs agrégés, nous ont enseigné les premiers éléments de chirurgie et d'antisepsie dans le service du D^r Nicaise à Laënnec.

Nous tenons à remercier le D^r Troisier qui voulut bien nous accepter dans son service de Lariboisière ainsi que le D^r Huchard, chez qui nous avons fait quelques mois de stage.

Nous avons passé notre première année d'externat dans le service du D^r Mathieu, à l'hôpital Andral et nous avons pu suivre avec intérêt ses leçons sur les maladies de l'appareil digestif.

M. le D^r Tuffier, professeur agrégé, voulut bien nous recevoir dans son service de la Pitié pendant notre deuxième année d'externat ; la haute compé-

tence de ce maître, nous a permis de suivre les progrès de la chirurgie moderne. Nous tenons à le remercier d'une façon toute spéciale pour nous avoir donné l'occasion de faire quelques opérations simples qui pourront nous être d'un grand secours dans notre pratique médicale.

Enfin pendant l'année 1898 nous avons pu compléter nos études de médecine générale dans le service du D^r Galliard où nous avons fait un trop court séjour.

Nous devons aussi remercier tout spécialement le D^r Champetier de Ribes qui nous a enseigné l'art obstétrical et M^{lle} Graillot, sage-femme en chef de la Maternité de l'Hôtel-Dieu, qui nous a permis de faire quelques interventions que nous répéterons avec plus d'assurance dans notre pratique médicale si nous en avons l'occasion.

MM. les D^{rs} Moizard, Routier et Widal ont droit aussi à tous nos remerciements et le temps passé dans leurs services nous a toujours semblé trop court.

Enfin nous tenons à remercier d'une façon toute spéciale, les docteurs Favre d'Alberville, Fiessinger d'Oyonnax et Mauclaire, professeur agrégé qui ont bien voulu nous donner des observations pour notre thèse et surtout le D^r Charrin, professeur agrégé à la Faculté de médecine et professeur remplaçant au Collège de France qui nous a porté un intérêt tout particulier et, par ses conseils, nous a permis de

mener à bien la tâche que nous nous sommes imposée.

Nous ne devons pas oublier non plus M^{lle} Pissareff qui a consenti de si bonne grâce à nous traduire quelques passages d'auteurs étrangers et notre excellent ami Cathelin, interne des hôpitaux qui a bien voulu nous donner toutes les explications que nous lui avons demandées au sujet des observations que nous lui avons empruntées.

M. le Professeur Hutinel nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous le prions d'agréer l'hommage de notre vive reconnaissance.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

Introduction

Quand nous avons débuté dans la médecine on commençait à parler de l'appendicite. Il nous fut donné d'en examiner un assez grand nombre de cas pendant nos études, tant à l'hôpital que dans la clientèle de ville au cours des remplacements que nous avons faits, et nous devons dire que cette question nous a toujours vivement intéressés, d'où l'idée d'en faire notre thèse inaugurale.

Nous fûmes surtout encouragés dans cette voie par un caractère particulier de l'appendicite qui nous avait frappé au début, mais sans nous arrêter et que nous avons retrouvé plus tard, à notre grande surprise, dans des observations recueillies par des hommes absolument compétents et dignes de foi — nous voulons parler du caractère quasi-épidémique que semble revêtir cette affection dans certains cas spéciaux.

En effet, si aujourd'hui l'appendicite peut facilement être diagnostiquée, dans le plus grand nombre des cas, si, comme le prouvent les discussions récen-

tes des sociétés savantes, les indications thérapeutiques commencent à être assez nettement posées, il n'en est pas de même de certains points relatifs à la cause productrice de cette affection, à sa nature intime qu'on connaît peu, en un mot à sa pathogénie.

Or, ce que nous voulons étudier aujourd'hui c'est précisément la réalité de la fréquence surtout actuelle de cette affection et les caractères de simultanéité qu'elle revêt dans certains cas, dans certaines saisons, dans des conditions variées, caractères qui reconnaissent pour cause un élément morbide infectieux et qui semblent donner par cela même à la maladie une allure, une marche, un cachet d'épidémicité.

Ce début rapide, mais nettement posé, nous fait entrer dans le corps même de notre sujet que nous diviserons ainsi :

1° Après avoir fait un historique rapide de l'appendicite ;

2° Nous rappellerons en quelques pages l'évolution pathogénique de cette maladie considérée successivement comme une maladie infectieuse puis toxique, ce qui est déjà un premier pas vers l'épidémicité.

3° Puis, nous rapporterons les différents cas cliniques qui semblent bien mettre en évidence cette épidémicité ainsi que les opinions des auteurs qui ont déjà touché la question.

4° Enfin, nous dirons comment nous comprenons cette épidémicité, comment nous entendons l'inter-

prêter, ce qui nous donnera l'occasion d'insister entre autres sur une théorie pathogénique reconnaissant la contagiosité comme cause et qui, bien que séduisante, semblera peut-être hardie en l'état actuel de nos connaissances.

Néanmoins notre seul but, et nous y insistons, est de rester dans le cadre de l'épidémicité et d'appeler l'attention sur ce caractère afin que d'autres plus autorisés et plus forts de documents nouveaux puissent montrer ce que cette conception contient de vrai ou de trop hardi.



Chapitre Premier

Historique de l'appendicite

Nous ne voulons pas faire un historique complet de l'appendicite. Notre but est seulement de rappeler en quelques mots les différentes phases traversées par cette maladie depuis l'époque où, pour la première fois, on la reconnut.

C'est en 1827 et c'est Mélier, qui le premier prononce le mot dans un mémoire où il rapporte plusieurs observations d'appendicite. Pour lui l'appendicite est due à l'accumulation des matières stercorales dans l'appendice ; c'est une entité morbide distincte de toutes les lésions du tube intestinal. Cette hypothèse de Mélier qui reposait sur des données anatomiques observées dans les autopsies devait bientôt disparaître.

En effet, Ménière d'abord, puis Albers de Bonn en 1838, abandonnent les idées de Mélier et font de l'inflammation limitée du cœcum une affection spéciale qu'ils appellent typhlite quand le cœcum seul

est pris et pérityphlite quand le tissu cellulaire péri-cœcal entre pour une large part (Ménière) dans la production des troubles de ce segment de l'intestin. C'est en vain que certains auteurs, et Grisolles en particulier, essayent de défendre les idées de Mélier ; l'appendicite à partir de ce moment n'existe plus et tous les traités classiques ne mentionnent et ne décrivent que la typhlite.

Le cœcum est tout, l'appendice n'est rien.

Jusqu'en 1886 cette opinion est généralement acceptée ; mais à partir de cette époque et grâce aux découvertes anatomiques de Trèves et de Tuffier, et à la thérapeutique nouvelle apportée dans le traitement de la typhlite par les chirurgiens américains, on commence à battre en brèche les idées de Albers. Kummel, Mac Burney et surtout Reginald Fitz en opérant de bonne heure les pseudo-typhlites montrent que ces typhlites, pérityphlites et abcès pérityphlitiques ont une cause commune et unique le plus souvent : l'appendice vermiforme.

Bientôt les médecins et les chirurgiens de tous les pays acceptent la théorie des Américains et par des statistiques nombreuses apportent de nouvelles preuves en faveur de cette théorie. Roux (de Lausanne) et Talamon en France, se font les champions de l'appendicite, retrouvent cette maladie méconnue depuis 60 ans, et l'imposent à la généralité des médecins. Les nombreuses discussions qui eurent

lieu en France (1) depuis 1890, ne firent que confirmer les vues des Américains et établirent définitivement l'entité morbide de l'appendicite.

A partir de ce moment l'appendice est tout, le cœcum n'est rien ou presque rien, car les observations sont rares dans lesquelles on a trouvé des lésions du cœcum sans lésions de l'appendice.

(1) A la Société de Chirurgie, à la Société des Hôpitaux et à l'Académie de médecine.



Chapitre II

Evolution pathogénique de l'appendicite

Tous les auteurs admettaient donc l'appendicite et tous étaient d'accord pour dire que l'appendice était la cause initiale des troubles observés du côté du cœcum et quelquefois du côté du péritoine ; mais comment se produisaient ces lésions, pourquoi l'appendice s'enflammait-il à un moment donné, quelle était en un mot la pathogénie de l'appendicite ?

Cette pathogénie de l'appendicite a donné lieu dans ces dernières années à des discussions nombreuses qui, sans avoir définitivement tranché la question, ont du moins permis de pouvoir expliquer tous les cas d'appendicite et aussi les complications qui surviennent quelquefois dans les appendicites méconnues ou reconnues trop tard.

Talamon le premier chercha à expliquer l'appendicite par la pénétration dans l'appendice d'un corps étranger. Il substitua cette théorie toute mécanique aux théories anciennes qui prétendaient que la perfo-

ration de l'appendice était due à la distension de ses parois par les produits sécrétés.

Pour Talamon, le corps étranger quel qu'il soit, qu'il vienne de l'extérieur ou qu'il soit formé dans le tube digestif même, et c'est de beaucoup le cas le plus fréquent, pénètre dans la cavité de l'appendice. Si ce corps étranger est expulsé, aucun trouble ne se produit, si au contraire il reste dans la cavité du diverticule et l'obstrue d'une façon complète, les produits sécrétés en arrière du corps s'accumulent, distendent la cavité, les vaisseaux de la paroi sont comprimés et il survient des troubles dans la vitalité de l'organe. De plus les microbes emprisonnés en arrière du corps étranger pullulent et se multiplient comme en un vase clos, et finissant par ulcérer les parois appendiculaires font irruption dans le péritoine.

Dieulafoy, en s'appuyant sur les expériences de de Klecki, généralisa cette théorie et prétendit que les corps étrangers ne sont pas seuls à produire le vase clos. L'appendice peut être transformé en cavité close par des mécanismes divers : soit par un bourgeon muqueux qui en s'hypertrophiant, oblitère le canal en un point quelconque, soit par une rétraction fibreuse, soit enfin par une flexion, une coudure ou une torsion de l'appendice (1) et dans ce dernier cas

(1) Voir dans Revue de Gynécologie (1899) l'article de Tuffier et Jeune que nous sommes d'autant plus heureux de signaler qu'il nous a été donné d'y collaborer d'une façon in-

la perforation se fait comme dans l'occlusion intestinale.

Mais quel que soit le mécanisme, le point important pour Dieulafoy et sans lequel il ne peut se produire d'appendicite, c'est qu'il y a formation de cavité close et exaltation des microbes dans cette cavité.

A côté de cette théorie du vase clos ne l'excluant pas complètement, mais la considérant comme un simple cas particulier est apparue la théorie de l'infection : ses partisans se basant sur le fait qu'ils ont quelquefois trouvé des appendices perméables et pourtant malades, prétendent que les lésions appendiculaires sont le résultat d'une infection antérieure. Cette infection peut être, soit d'origine intestinale, et dans ces cas les individus atteints d'appendicite ont des antécédents intestinaux, soit d'origine sanguine et alors elle est due à une affection aiguë quelconque telle que les oreillons, la rougeole, la grippe, etc.

En présence de ces diverses théories on est donc obligé de conclure que la « pathogénie de l'appendice n'est pas univoque ; l'appendice peut s'enflammer par des processus multiples ». (Roger et Josué).

Quoiqu'il en soit la plupart des médecins admettent aujourd'hui que l'appendicite est une maladie in-

directe quand nous étions l'externe de M. Tuffier et que notre maître nous avait chargés d'examiner les appendices des individus morts de maladies autres que l'appendicite.

fectieuse au premier chef et que, si on n'entrave pas les progrès de la maladie par un traitement hâtif et radical, on voit se produire de la péritonite localisée ou généralisée, puis des abcès dans les différents organes environnants et en particulier le foie et les reins.

L'infection peut même gagner des organes éloignés comme le poumon et l'encéphale (Thèse de Piard).

Pour Dieulafoy l'appendicite est plus encore qu'une maladie infectieuse ; c'est une maladie toxique qui frappe l'économie toute entière. Les toxines peuvent envahir les différents organes : foie, rate, cerveau, etc., et amener des accidents le plus souvent mortels qui permettent d'expliquer l'absence de lésions du côté du péritoine. Cette toxicité même peut être entravée au début si on vient à supprimer l'appendice malade cause première de tous les accidents.

L'appendicite est donc une maladie toxi-infectieuse possédant un microbe, sur la nature duquel d'ailleurs les auteurs ne sont pas d'accord : streptocoque, staphylocoque, anaérobies ou simplement colibacille, microbe sécrétant des toxines et infectant l'économie toute entière.

Mais cette maladie infectieuse n'a-t-elle pas, elle aussi, comme la plupart des maladies infectieuses un caractère épidémique ? Peut-on observer en un mot des épidémies d'appendicite à certaines époques, véritables épidémies saisonnières, et en a-t-on observé ?

La clinique a déjà répondu par l'affirmative à cette question et avant même qu'on eut fait de l'appendicite une maladie infectieuse des observateurs avaient signalé de véritables épidémies d'appendicite.

Ce qu'il y a de certain, c'est que si l'épidémicité n'est pas acceptée par tous les auteurs, presque tous sont d'accord pour dire avec Faisans, Merklen et d'autres, qu'il y a depuis plusieurs années, une recrudescence manifeste et indiscutable de l'appendicite. Cette recrudescence a pu s'expliquer jusqu'à un certain point par ce fait qu'on connaît mieux la marche de la maladie, et qu'on est plus apte à porter un diagnostic certain, grâce aux nombreuses discussions des Sociétés savantes et aux travaux nombreux parus ces temps derniers. Mais elle existe en fait cette recrudescence et il est indéniable qu'on observe beaucoup plus de cas d'appendicite qu'autrefois. Un des auteurs que nous citons plus loin, Cathelin (1) dit que M. Ménard a observé en 6 mois pendant l'année 1898 « moitié plus d'appendicites que dans les 6 premières années de son séjour à Berk. » Pendant les 6 années qui ont précédé l'année 1898, le nombre des cas d'appendicite s'élève à 3; pendant l'année 1898 il s'élève à 11 dont un cas d'appendicite tuberculeuse, partant sujet à caution pour la thèse

(1) Presse Médicale, 21 juin 1899.

que nous développons, mais le chiffre des appendices inflammatoires n'en reste pas moins à 10.

Goloubow disait déjà en 1896, que pendant l'automne et l'hiver de cette année, les cas d'appendicite avaient été beaucoup plus nombreux à Moscou que les années précédentes.

Si maintenant nous passons en revue les faits déjà signalés par les auteurs et se rapportant à l'épidémicité, et les faits nouveaux observés dans des régions différentes, nous verrons que sans être très nombreux ils semblent très démonstratifs.



Chapitre III

Faits cliniques ou d'observation en faveur de l'épidémicité

C'est Goloubow qui parla le premier de l'épidémicité en 1896 (1). Cet auteur tout en constatant la grande fréquence des cas d'appendicite pendant l'année 1896, fut frappé par quelques cas qui avaient réellement une allure épidémique : il vit dans un même pensionnat, dans une même salle, et sur un même banc, trois élèves pris à 2 ou 3 jours d'intervalle d'appendicite. Dans un autre pensionnat il lui fut donné d'observer quatre cas d'appendicite dans l'espace d'un mois.

Il est inutile d'insister sur l'importance de ces faits qui, à eux seuls, suffiraient presque à montrer la réalité de la thèse que nous soutenons. Aussi les observations de Goloubow attirèrent-elles l'attention du monde médical et depuis lors, quoique les auteurs

(1) In *Meditzina*, 1896, n° 12.

n'aient publié aucun cas aussi démonstratif que le sien, beaucoup de médecins ont été frappés par le caractère épidémique que revêt quelquefois l'appendicite.

En France, parmi ceux qui ont touché la question il faut citer Faisans, qui sans aller jusqu'à dire que l'appendicite est épidémique appelle l'attention sur les rapports qui existent entre la grippe, maladie épidémique et contagieuse et l'appendicite. Il établit un parallélisme très net et pour lui indéniable entre ces deux affections.

On observe, dit-il, des appendicites à toutes les époques de l'année, mais d'une façon sporadique, comme on observe des pneumonies ou des diphtéries. Survient-il une épidémie d'influenza, on voit aussitôt les cas d'appendicite augmenter d'une façon considérable et persister dans leur fréquence jusqu'à ce que l'épidémie grippale soit terminée. Alors les appendicites diminuent d'une façon très sensible, et si on continue à observer encore un certain nombre de cas après l'épidémie de grippe, ce qui est la règle, c'est que l'appendice peut n'être touché qu'un certain temps après la disparition de la maladie infectieuse.

Cette théorie de Faisans, bien que réelle en tant qu'observation, n'a pas été admise par tous les auteurs ; peut-être manque-t-elle, pour le moment tout au moins, de rigueur scientifique et a-t-elle besoin pour être acceptée de nouvelles observations.

Quoiqu'il en soit, et sans dire avec cet auteur que l'appendicite est dans le plus grand nombre des cas d'origine grippale, on est forcé de constater la fréquence des appendicites pendant les épidémies de grippe.

Et alors on peut se demander si la grippe, ou toute autre maladie infectieuse, au lieu d'être une cause déterminante, n'est pas simplement une cause adjuvante, si l'appendicite ne se produit pas chez un individu en état de moindre résistance par le fait même qu'il est atteint d'une maladie infectieuse, et si les microbes de l'appendice, qui sont incapables de nuire chez un individu à l'état normal, ne deviennent pas tout à coup virulents et capables de déterminer des lésions de l'appendice chez des gens atteints d'une maladie infectieuse : grippe, fièvre typhoïde, oreillons, rougeole, etc.

C'est d'ailleurs l'opinion défendue par Jalaguier, qui prétend que l'infection quelle qu'elle soit — et la grippe plus que toute autre parce qu'elle est plus fréquente — « ne fait qu'exalter la virulence d'agents infectieux contenus dans l'appendice à l'état latent ».

Merklen (1) semble lui aussi accepter cette manière de voir quand il dit : « On a observé depuis longtemps de petites épidémies d'appendicite ou

(1) Société médicale des Hôpitaux, 1897,

pour mieux dire une fréquence insolite de l'appendicite à certains moments, en certaines saisons »

Mauclaire, depuis deux ans, dans ses cliniques de l'hôpital Necker, dans son cours de la Faculté (1899) et dans une clinique parue dernièrement dans le Bulletin Médical (1), a insisté sur l'épidémicité de l'appendicite. « On observe, dit-il, une fréquence singulière des appendicites qui semblent réellement se présenter sous forme épidémique ». Il est assez porté d'ailleurs à voir lui aussi une relation entre les maladies infectieuses, et en particulier la grippe, et l'appendicite.

Nous devons à son extrême obligeance d'avoir bien voulu nous communiquer le fait suivant observé dans une famille à laquelle il donnait ses soins :

Grippe chez le père, 2 jours après grippe chez la mère, et enfin appendicite aiguë chez l'enfant 3 jours après. Mauclaire rapporte un autre cas absolument identique à celui-ci.

Faut-il considérer dans ces deux cas l'appendicite comme étant une simple manifestation grippale ; ou bien ne faut-il pas plutôt regarder la grippe et l'appendicite comme deux maladies évoluant l'une à côté de l'autre, ayant des rapports communs, mais au même titre que la fièvre typhoïde et l'appendicite, que l'appendicite et toutes les autres maladies infec-

(1) Bulletin médical, octobre 1899.

tieuses qui peuvent exalter la virulence d'un microbe quelconque existant préalablement dans l'économie, mais inoffensif à l'état normal ?

Une autre observation inédite nous a été communiquée par M. le Docteur Favre d'Albertville qui a vu lui aussi une petite épidémie d'appendicite dans sa clientèle.

Du 1^{er} août au 15 septembre, il a pu observer 4 cas d'appendicite dont un chez un médecin et un autre chez un fils de médecin. Ces quatre cas sont survenus à la suite d'un surmenage physique très net et l'auteur insiste même sur ce point que l'appendicite s'est déclarée quelques heures seulement après cet excès de fatigue.

Pour le Docteur Favre il n'est pas douteux qu'il s'agissait d'une petite épidémie d'appendicite qu'il explique de la façon suivante : Tous ses malades ont eu quelques jours avant le début des accidents appendiculaires des troubles — les uns assez graves, les autres très légers — de gastro-entérite, troubles qui n'eussent eu peut-être aucune complication si les malades ne se fussent livrés à des exercices violents (marche à pied très longue dans la montagne — leçon d'armes pour un jeune homme qui n'en avait pas fait depuis deux mois — séance de cheval prolongée). Pour lui c'est la gastro-entérite qui, avec le traumatisme cause adjuvante, a déterminé cette petite épidémie.

Cette explication tout à fait classiqued'ailleurs, le traumatisme jouant pour tous les auteurs un rôle important dans l'étiologie de l'appendicite, n'enlève rien à la démonstration de ces quatre cas qui nous semblent bien, comme à celui qui les a observés, de nature épidémique. Le traumatisme est venu s'ajouter à l'infection il est vrai, mais cette infection n'en est pas moins selon toute vraisemblance la véritable cause productrice de ces quatre cas d'appendicite. Et nous ajouterons que l'intervention, faite avec succès dans les quatre cas, a bien démontré qu'il y avait des lésions de l'appendice.

Nous devons encore à l'extrême obligeance du Dr Fiessinger d'Oyonnax un ensemble de cas qu'il a observés en 1897 dans sa pratique médicale et qui sont du plus haut intérêt. Du 15 au 30 janvier 1897 le Dr Fiessinger a eu en même temps à traiter cinq appendicites. Pendant les années qui ont précédé ou qui ont suivi il a rarement observé une appendicite isolée. « Le plus souvent, dit-il, deux ou plusieurs cas s'observaient à quelques jours d'intervalle ».

Quoiqu'on ne trouve pas dans chaque observation (1) les causes précises qui ont pu déterminer la crise d'appendicite, on voit que les malades des observations I et V avaient des antécédents gastriques ou intestinaux, antécédents que nous avons relevés

(1) Voir les observations 1, 2, 3, 4 et 5.

déjà dans des observations précédentes, et le Dr Fiesinger fait remarquer de plus que la grippe règne d'ordinaire en même temps que ces appendicites à allure épidémique. Il ajoute encore que c'est surtout de novembre à mars qu'on trouve le plus souvent ces quelques cas simultanés d'appendicite dans une même région.

Il pense donc que l'appendicite peut sévir d'une façon épidémique et les faits que nous rapportons avec d'autres qu'il a observés, mais qu'il n'a pas consignés, sont de nouveaux arguments en faveur de notre sujet.

Nous rapporterons encore trois cas observés par Cathelin, interne des hôpitaux à l'hôpital de Berk-sur-Mer, dans le service de M. Ménard, cas qui semblent ne laisser aucun doute sur leur caractère épidémique.

Dans l'observation (VI), il s'agit d'une petite fille qui entre à l'hôpital pour une coxalgie. Elle est prise tout à coup, le 26 août 1898, de douleurs dans le ventre et surtout au point de Mac Burney avec une température de $40^{\circ} 1$; elle a en outre de la diarrhée, des vomissements et un état général qui fait porter le diagnostic d'appendicite.

Dans l'observation (VII), c'est une autre jeune fille entrée le 10 novembre 1897, à l'hôpital pour une coxalgie également. C'est seulement le 31 août 1898, c'est-à-dire près de dix mois après son entrée à l'hô-

pital, qu'elle est prise brusquement pendant la nuit de douleurs dans le ventre s'accompagnant de symptômes qui font porter le diagnostic d'appendicite.

Enfin dans l'observation (VIII), la malade est entrée le 16 janvier 1896 pour une coxalgie; c'est plus de deux ans après son entrée à l'hôpital qu'elle est prise le 1^{er} septembre 1898, non plus comme les précédentes de douleurs aiguës et subites, mais de douleurs sourdes qui, au bout de 24 heures, deviennent plus aiguës et qui, par leur localisation, permettent de porter le diagnostic d'appendicite.

Il est bon de faire remarquer tout d'abord que dans ces trois cas on a pratiqué l'opération et que l'examen histologique a été fait par M. Letulle, qui a trouvé dans les trois appendices réséqués des lésions graves de nécrobiose. Nous tenions à attirer l'attention sur ce fait qu'il y a eu opération et examen histologique des pièces pour répondre à l'objection suivante qu'on pourrait nous faire : Dans les épidémies d'appendicite qui ont été observées, était-ce réellement l'appendice qui était en cause, car le plus souvent on n'a pas fait d'intervention chirurgicale, ou bien, vu la bénignité de certains cas, n'y avait-il pas une simple poussée d'entérite banale.

Ces trois cas sont à ce sujet suffisamment démonstratifs ; mais ce qu'ils démontrent aussi d'une façon indiscutable, et c'est en cela surtout qu'ils sont pour nous d'un intérêt très grand, c'est la manière

dont ils ont débuté : Nous sommes en présence de trois jeunes filles entrées à l'hôpital à des époques différentes et depuis un laps de temps relativement long pendant lequel elles n'ont eu aucune poussée appendiculaire. Toutes trois sont atteintes de coxalgie et brusquement, à quatre jours d'intervalle, ces trois jeunes filles, couchant dans la même salle, sont prises d'appendicite.

Nous ne nous attarderons pas un seul instant à considérer ces trois cas comme une simple série d'appendicites semblable aux séries de kystes hydatiques qu'on observe dans un même service à quelques jours d'intervalle. En effet, dans le cas qui nous occupe, les petites malades étaient déjà à l'hôpital avant leurs poussées appendiculaires et soignées pour une autre affection.

Nous terminerons enfin la revue de ces faits cliniques dont le nombre n'est malheureusement pas aussi grand que nous l'aurions voulu, car dans les milieux hospitaliers il est difficile d'observer ces petites épidémies qui surviennent surtout en ville et dans la clientèle en général, nous terminerons en rappelant un groupe de faits très importants observés par M. Charrin dans son laboratoire (1).

M. Charrin a fait d'une façon systématique dans son laboratoire l'autopsie de tous les lapins qui mou-

(1) Communication à la Société de Biologie, 1897-98.

raient pour une cause quelconque, qu'ils eussent été soumis à une expérience ou non ; or tous ces lapins se trouvaient dans les mêmes cages. M. Charrin a vu six fois l'appendice malade et dans les six cas les lésions se reproduisaient point par point : l'appendice était seul intéressé et les lésions localisées presque uniquement dans les parois étaient caractérisées par des granulations blanchâtres simulant la tuberculose.

Nous tenons à insister sur ces six cas d'appendicite qui ont pour nous une valeur égale à celle d'une observation clinique car ils ont été relevés avec une précision toute mathématique et ne donnent prise à aucune critique. Il est hors de doute qu'il ne s'agit pas dans ces cas d'appendicites évoluant séparément et d'une façon sporadique, attendu que les lésions se reproduisent de la même façon, et que l'examen histologique fait dans tous les cas avec le plus grand soin montre que ces lésions sont absolument semblables. C'est donc une véritable expérience qui a d'ailleurs été reproduite depuis dans d'autres laboratoires par différents chercheurs ; et quoiqu'on ne soit pas d'accord sur la façon dont se fait cette épidémicité, il n'en reste pas moins le fait même, qui, avec sa simplicité expérimentale, est absolument démonstratif et ne peut être mis en doute : il y a des épidémies d'appendicite chez les animaux comme il y en a chez l'homme.

Chapitre IV

Comment faut-il interpréter cette épidémicité?

Mais comment faut-il interpréter cette épidémicité ? Faut-il dire que l'appendicite est épidémique au même titre que la rougeole, la scarlatine, le choléra ou la peste ?

Assurément non, car alors on n'eût pas manqué d'observer de grandes épidémies englobant tout un quartier, une ville ou même une région comme cela arrive pour les maladies que nous avons citées plus haut, ou encore pour la grippe, ce qui n'est pas douteux. Or, et les observations que nous avons rapportées sont probantes, il ne s'agit le plus souvent que de quelques cas cinq ou six tout au plus, et la région envahie est toujours très limitée. C'est bien une épidémie mais c'est une petite épidémie comparable par exemple à certaines épidémies de fièvre typhoïde.

On sait en effet que la fièvre typhoïde existe à
Thibault

l'état endémique dans les grandes villes et à Paris en particulier ; on sait aussi, et les auteurs sont tous d'accord à ce sujet, que si pendant les fortes chaleurs on remplace l'eau de source par de l'eau de Seine, il survient immédiatement une recrudescence dans les cas de fièvre typhoïde et on observe alors de véritables petites épidémies de fièvre typhoïde envahissant tout un quartier ou même une seule rue.

Il est certain que ces petites épidémies sont dues à la mauvaise qualité de l'eau, ce qui ne fait de doute pour personne, et on peut les rapprocher des épidémies d'appendicite en ayant soin de faire cette restriction : dans les cas de fièvre typhoïde la cause qui produit l'épidémicité est connue, c'est l'eau tandis que pour l'appendicite elle n'est pas pour le moment du moins connue d'une manière aussi certaine quoiqu'on ait cependant le droit de faire des hypothèses sur la façon dont peut se produire cette épidémicité.

On peut encore comparer l'épidémicité de l'appendicite à l'épidémicité de la pneumonie. On sait en effet que, à certaines époques, dans certaines régions, il se produit de petites épidémies de pneumonie, et ces épidémies ont un caractère tel qu'on leur a donné le nom de « pneumonies de maisons ».

Enfin, il est une autre maladie dont le caractère épidémique semble avoir aussi de nombreux points de ressemblance avec celle de l'appendicite, c'est l'ictère catarrhal qu'on observe surtout chez les jeunes

soldats et sur lequel M. Chauffard a appelé l'attention d'une façon toute spéciale. L'ictère catarrhal a tout-à-fait les allures d'une maladie infectieuse et épidémique dans certains cas, et il n'est pas rare de voir en même temps ou à quelques jours d'intervalle deux ou trois ou plusieurs individus atteints d'ictère catarrhal dans une même famille, dans une même caserne ou dans une même école.

M. Charrin a vu entrer à Lariboisière le même jour 9 malades tous terrassiers, travaillant au curage d'un fossé égout, et tous atteints d'ictère catarrhal. Il a été donné également au D^r Fringuet (1) d'observer sept cas d'ictère chez des enfants fréquentant la même école.

C'est surtout de ces petites épidémies de fièvre typhoïde, d'ictère, ou encore d'otite moyenne aiguë, que Lermoyez a signalées au Congrès otologique de Londres, que nous sommes tentés de rapprocher les épidémies d'appendicite observées jusque-là.

Mais alors une dernière question se pose à savoir pourquoi et comment se fait cette épidémicité ? Sans vouloir trancher cette question, il nous sera tout au moins permis de l'aborder et d'essayer d'y répondre en nous appuyant sur des faits et des expérimentations connus et démontrés.

Parmi les faits cliniques que nous avons rappor-

(1) *Presse Médicale*, 1899, n° 53.

tés, il en est qui ont seulement un caractère épidémique, mais il en est d'autres qui semblent avoir en plus un caractère de contagiosité (Goloubow, Cathelin). Pour les premiers, nous avons constaté que le plus souvent l'appendicite avait été précédée d'une infection quelconque ; entérite dans les observations du D^r Favre, grippe dans les cas de Mauclaire, dans d'autres cas nombreux observés par Faisans, et nous avons le droit de penser avec un grand nombre d'auteurs et en particulier avec MM. Lesage et Macaigne qui ont trouvé que le coli-bacille exalte sa virulence dans les affections catarrhales de l'intestin, nous avons le droit de penser que cette première infection a rendu les microbes du tube digestif, qui à l'état normal sont inoffensifs, virulents ; et, soit qu'elle ait agi seule, soit qu'elle ait été aidée par un traumatisme quelconque souvent méconnu d'ailleurs, cette infection a suffi pour déterminer une appendicite.

De Klecki (1), dans les expériences qu'il a faites pour montrer l'exaltation de la virulence du coli-bacille termine en disant : « J'ai pu constater un certain rapport entre l'exaltation de la virulence du coli-bacille et les altérations de la paroi appendiculaire dues à une stase veineuse...

« L'accumulation du contenu appendiculaire peut agir de la même façon... ; de même un corps étranger

(1) Annales de l'Institut Pasteur, juin 1899.

ou un calcul stercoral peut provoquer des altérations locales de la circulation sanguine. »

« En un mot, il existe dans la pathogénie de l'appendicite toute une série d'agents qui peuvent influencer la virulence du coli bacille.... et il est également admissible que dans les appendicites épidémiques, encore peu étudiées, il se produit une altération des propriétés vitales des microbes intestinaux, due à une infection qui influence leurs relations symbiotiques. »

Les causes qui peuvent produire les épidémies d'appendicite sont donc nombreuses, aussi nombreuses que les causes étiologiques qui provoquent l'appendicite elle-même. Mais à côté de ces causes nombreuses il en est une autre qu'on retrouve dans toutes les maladies infectieuses, c'est la contagiosité.

Faire de l'appendicite, une maladie contagieuse personne n'y a encore pensé, cependant il y a des médecins que l'idée ne choque pas et qui l'accepteraient volontiers. Mauclaire parlant des appendicites à allure épidémique qu'il a souvent rencontrées, ajoute : « Je n'ai pas pu observer d'appendicites survenant simultanément chez deux enfants ou adultes habitant ensemble ou en contact, je pense cependant que cela est possible. »

Le Dr Fiessinger que nous avons cité déjà plus haut pense également, sans en avoir toutefois constaté, que l'on peut observer certains cas d'appendi-

cite ayant une allure contagieuse : « L'appendicite semble rarement contagieuse, dit-il, c'est là le caractère de toutes les maladies infectieuses à germe médiocrement spécifique. Toutefois il n'est peut-être pas impossible que la contagion puisse s'opérer dans certains cas où la virulence du parasite est fortement exaltée. C'est ainsi que la grippe endémique, la pneumonie, les diarrhées infantiles, d'ordinaire non contagieuses, le deviennent parfois quand leur gravité augmente. »

Cette contagiosité semble bien être la cause des petites épidémies que nous rapportent Goloubow et Cathelin. Les malades en effet se trouvaient dans la même école, sur le même banc (Goloubow) et dans une même salle d'hôpital, dans des lits voisins (Cathelin).

Comment donc peut-on expliquer cette contagiosité si on a le droit de l'accepter, ce que nous sommes loin de prétendre d'ailleurs ? Une première théorie admise par tous les auteurs se présente tout d'abord.

Lorsqu'un individu a séjourné dans une salle où se trouvent des malades atteints d'une infection déterminée, et qu'à la suite de ce séjour cet individu contracte cette infection, on est naturellement porté à penser à l'influence d'une contagion directe.

On peut supposer, par exemple dans le cas de fièvre typhoïde, qu'il y a eu souillure des doigts en touchant les draps contaminés par les déjections et

qu'ensuite ces doigts ont porté le virus sur des aliments qui, ingérés, ont introduit le bacille exalté par son passage dans l'organisme malade. C'est là l'explication classique qui peut s'appliquer à l'appendicite aussi bien qu'à la fièvre typhoïde où à toute maladie infectieuse ; mais il semble qu'une série de faits récents permettent, tout en continuant à admettre cette première conception, d'envisager les faits d'une façon différente.

On sait par les expériences du professeur Bouchard, répétées par un bon nombre de chercheurs, que si on injecte des produits microbiens au moment même où le microbe qui les a engendrés pénètre dans l'économie, on favorise l'évolution de ce microbe ; cette action favorable s'observe également, quoique peut-être d'une façon moins accentuée, quand ces produits sont empruntés à une bactérie différente de celle qu'on introduit ou bien encore lorsque ces toxines pénètrent plus ou moins tard après l'inoculation.

Les phénomènes qui se passent sont opposés à ceux qui se déroulent dans le cas où on injecte, d'une certaine façon, ces toxines avant l'arrivée des agents pathogènes, attendu que dans ces conditions la résistance, loin d'être affaiblie, se trouve au contraire augmentée.

Il importe aussi de rappeler que ces infiniment petits fabriquent des sécrétions dont un certain nom-

bre sont volatiles ; en dehors de toute démonstration chimique, l'odorat suffit pour révéler que tel parasite, le bacille pyocyanique entre autres, engendre des composés de cet ordre : l'odeur des cultures est absolument caractéristique si bien que Galtier avait dénommé cet agent bacille aromatique.

Dès lors, une question se pose, il faut savoir si de l'homme malade se dégagent des produits anomaux volatiles. On sait que Brown-Séguard et d'Arsonval admettent qu'à l'état physiologique, en dehors de l'acide carbonique, l'expiration rejette à l'extérieur des poisons spéciaux. La réalité de cette opinion a été contestée par une série d'auteurs en particulier par Dastre et Loye, par Crisafulli, Hoffmann, etc. Toutefois, portée sur le terrain de la physiologie pathologique, cette manière de voir a été soutenue par Charrin et démontré par Livierato. Si d'ailleurs on veut bien se souvenir de l'odeur nettement caractéristique dégagée par certains diabétiques en imminence de coma, on admettra aisément, grâce à l'odeur comparée à celle de la pomme rainette, que l'expiration des malades peut contenir des produits anomaux autres que l'acide carbonique.

Il s'agit dans ces conditions de savoir si de tels principes sont capables d'influencer la résistance organique. Ce résultat paraît tout-à-fait vraisemblable d'après les expériences que nous avons invoquées, mais il y a plus, il y a des démonstrations directes.

Alessi inocule un microbe déterminé à une série de cobayes ; il divise ces animaux en deux lots et expose l'un de ces lots à l'action de substances volatiles émanées des égouts, c'est-à-dire ayant, pour une grande part, une origine microbienne. Or il constate que ce sont les animaux de ce premier lot qui meurent les premiers. Cette expérience établit donc que la respiration de produits microbiens favorise l'évolution d'un microbe existant dans l'organisme.

Comme nul n'ignore que le plus souvent le microbe de l'appendicite n'est autre que le bacille du colon, c'est-à-dire un agent préexistant dans les organes, on est alors autorisé à se demander si l'activité de cet agent ne peut pas être réveillée simplement par ce fait que le séjour dans une salle contenant des malades atteints de cette affection — partant capables de rejeter dans l'atmosphère des produits microbiens volatils affaiblissants — aura fait pénétrer ces produits dans les tissus de ceux qui ont séjourné dans cette salle.

Cette affirmation, nous le reconnaissons, est hypothétique, mais en faveur de chacun de ses points, étant donné les expériences que nous venons d'invoquer, il est possible de faire valoir des données positives précises.

Rappelons en effet, que l'expérimentation prouve que l'arrivée dans l'organisme de sécrétions microbiennes favorise la pullulation d'un germe préexistant

ou introduit dans cet organisme ; rappelons en second lieu que les bactéries fabriquent des substances volatiles, que du corps de l'homme malade se dégagent des éléments de cet ordre ; rappelons enfin que si on fait respirer des toxines volatiles à des animaux qui possèdent dans leurs viscères un bacille déterminé cette respiration hâte l'évolution microbienne.

Cette théorie qui peut s'appliquer à toutes les maladies infectieuses et épidémiques aussi bien qu'à l'appendicite n'est, nous tenons à le répéter, qu'une simple hypothèse reposant toutefois sur des données exactes et démontrées telles. Nous ne serions prêt à l'abandonner ainsi que la théorie par contagé direct que si on apportait en faveur de l'épidémicité une autre théorie qui nous satisferait mieux.

Nous tenons de plus à faire remarquer que, pour nous, la contagion n'est dans l'appendicite qu'un facteur très peu important de l'épidémicité, et que la contagion mise hors de cause, l'épidémicité n'en existe pas moins.

C'est ce dernier point surtout qui nous semble le plus important et que nous croyons pour le moment à peu près démontré.



Observations

Goloubow. — Extrait de la *Meditzina*, n° 12, 1896 :

« En se basant sur mes observations, j'admets la thèse suivante : l'appendicite est non seulement une maladie microbienne mais parfois aussi une maladie épidémique. Autrement dit on peut observer en dehors des cas sporadiques de petites épidémies d'appendicite.

Je ne signalerai que les cas observés à Moscou pendant l'automne et l'hiver passés ; en comparaison des années précédentes on a remarqué des cas d'appendicite beaucoup plus nombreux. Les années précédentes j'observais seulement deux ou trois cas d'appendicite, j'en ai l'année dernière observé dix cas. Un chirurgien de Moscou a été appelé dix fois en consultation pour appendicites ; enfin plusieurs de mes confrères ont remarqué comme moi, l'hiver dernier, la fréquence des cas d'appendicite.

Quant à moi j'ai observé dans un pensionnat trois cas d'appendicite dans l'espace de trois jours ;

les trois élèves étaient dans la même classe et assis sur le même banc. Dans un autre établissement, où pendant plusieurs années il n'y avait eu aucun cas d'appendicite, j'en ai observé quatre pendant le mois de février dont un avec des phénomènes graves ».

Premier groupe d'Observations ducs au Dr Fiessinger

OBSERVATION I

Femme de 32 ans, multipare, atteinte d'hypersthénie gastrique. Très nerveuse. Appendicite le 15 janvier. Terminée par résolution 12 jours plus tard.

OBSERVATION II

Un garçon de pharmacie, 17 ans, est pris également le 15 janvier d'une appendicite. Au bout de 4 jours se sentant mieux il se lève, ressent une douleur vive dans le ventre et meurt le cinquième jour avec tous les signes d'une perforation.

OBSERVATION III

Jeune homme de 15 ans. Appendicites à répétition. Quatrième crise le 22 janvier, guérison. Se fait opérer à froid après sa guérison.

OBSERVATION IV

X..., 28 ans, appendicite le 28 janvier, terminaison par suppuration et ouverture dans l'intestin.

OBSERVATION V

Jeune fille de 20 ans. Habitant une ferme dans la montagne. Habituellement constipée. Appendicite le 30 janvier. Terminaison par résolution.

2^e groupe d'Observations dues à Cathelin

(Presse médicale, 21 juin 1899)

OBSERVATION VI

Une nommée A. F..., âgée de douze ans, entre à l'hôpital maritime pour une coxalgie gauche sans complications d'abcès.

Le 26 août 1898 au soir, la malade, qui s'était déjà plaint la nuit précédente de coliques abdominales légères, est prise de douleurs vives de ventre avec vomissements et 40°1 de fièvre. Le lendemain 27, nous sommes appelés auprès d'elle à 3 heures de l'après-midi, et nous constatons, avec un peu de ballonnement du ventre, des douleurs généralisées, mais plus exquises au point de Mac Burney et à l'épigastre : il y a, en outre, des vomissements alimentaires, de la diarrhée et de la vulvite depuis quelques jours. La langue n'est pas mauvaise, mais la température monte à 39°4, et, au moment où nous allons quitter la malade, elle a devant nous un vomissement verdâtre. Le diagnostic d'appendicite — bien que tardif — commandait l'intervention d'urgence, et M. Ménard, absent, ne put faire la laparotomie qu'à 5 heures du soir, plus de trente heures après

le début des accidents: La malade, à ce moment, se plaignait moins du ventre, mais elle avait eu dans l'intervalle de nouveaux vomissements verdâtres, et l'état général ne laissait pas d'inspirer quelque inquiétude.

On trouve du pus, mais en petite quantité, dès l'ouverture du ventre, et la recherche de l'appendice est assez facile.

Après l'avoir réséqué, on fait une contre-incision abdominale médiane pour les facilités du lavage et du drainage.

A l'examen macroscopique, l'appendice, long de 5 centimètres, présente un amincissement de ses parois, surtout au niveau du bout libre, et l'on observe sur la coupe de l'appendice sectionné longitudinalement un abondant piqueté hémorragique. Nous ne trouvons ni rétrécissement ni corps étrangers.

L'examen histologique a été fait par M. Letulle.

Les coupes pratiquées perpendiculairement à l'axe de l'appendice montrent, dans toute la hauteur de l'organe, des lésions multiples, identiques, quel que soit le point examiné. Il s'agit d'une appendicite chronique hypertrophique compliquée de lésions infectieuses aiguës généralisées à tout l'organe et diffusant à travers l'ensemble des parois.

La muqueuse, épaissie, contient un grand nombre de glandes en tubes régulièrement hypertrophiées. Le chorion de la muqueuse est parsemé en maints endroits de placards hémorragiques inter-glandulaires tous récents.

La zone des follicules sous-muqueux est énorme, visible à l'œil nu, distendue par des follicules lymphatiques hypertrophiés, et hypertrophiés au maximum.

Le reste de la sous-muqueuse est traversé par des pla-

ques de sclérose inflammatoire chronique, irrégulières, sans topographie spéciale.

Un nombre considérable de vaisseaux lymphatiques, surdistendus par des leucocytes irrités, sillonnent la partie profonde de la muqueuse, toute la sous-muqueuse et l'ensemble des couches musculieuses. Les coupes de ces vaisseaux lymphatiques, enflammés et élargis, se montrent encore dans toute l'étendue de la couche sous-séreuse épaissie, sclérosée et envahie, elle aussi, par de nombreuses cellules inflammatoires. Le péritoine est, sur plusieurs coupes, le siège de lésions aiguës exsudatives fibrino-leucocytiques.

De nombreux microbes banals occupent toutes les parties enflammées, sans trace de bacilles de Koch.

Suites opératoires. — 27 Août, T. V., 37°C.

28 Août, — T. M., 38°2. Les phénomènes péritonéaux s'accroissent ; la fièvre persiste, les selles font défaut ; les douleurs abdominales deviennent plus vives, le faciès s'altère et le hoquet se déclare, accompagné de vomissements porracés.

29 Août. — Pas d'amélioration. La malade meurt en pleine péritonite le soir même, quarante-huit heures après l'opération, avec 36°8 de fièvre.

Autopsie. — Faite vingt-quatre heures après la mort, permet de constater l'existence d'une péritonite généralisée intense ; les intestins sont très dilatés et congestionnés ; ils sont recouverts de fausses membranes abondantes, allongées, très épaisses, agglutinant entre elles les anses grêles.

Tous les autres organes sont sains.

OBSERVATION VII

Il s'agit d'une nommée S. (Suzanne), âgée de quatre ans, entrée le 10 Novembre 1897 à l'hôpital maritime pour une coxalgie gauche sans abcès apparent.

L'enfance de la fillette a été, nous dit-on, malade, et son père a été opéré avec succès d'un kyste hydatique du poumon.

Nous n'avons rien de particulier à signaler dans l'état de l'enfant jusqu'au 31 Août 1898 au matin, où nous sommes appelés près d'elle. La jeune malade aurait été prise brusquement, pendant la nuit, de douleurs de ventre accompagnées de vomissements, mais sans ballonnement de l'abdomen. La douleur est plus exquise au point de Mac Burney et à l'épigastre ; notons, en plus de la diarrhée et de la vulvite.

La fièvre monte à 39°2, le visage est pâle, il y a du hoquet et des vomissements alimentaires mais non véritables.

Le pouls est fréquent, rapide, bat 150 à la minute ; la langue reste bonne, mais l'enfant semble abattue.

Nous diagnostiquons appendicite, et M. Ménard veut attendre avant d'opérer ; il est 10 heures du matin. Nous suivons l'enfant d'heure en heure, mais comme son état reste stationnaire, on fait la laparotomie à 2 heures de l'après-midi, *dix ou douze heures* après le début des accidents, et l'on fait deux incisions, une latérale et une mé-

Thibault

diane ; on trouve déjà du pus dans le petit bassin et l'appendice est enlevé facilement sans complications.

A l'examen macroscopique, on ne trouve sur cet appendice long de 7 centimètres, ni perforation ni corps étrangers. La lumière du canal, rétrécie par les mamelonnements de la muqueuse, reste perméable, et nous constatons la présence d'un piqueté hémorragique à son extrémité libre avec amincissement des parois à ce niveau.

L'examen histologique a été fait par M. Letulle.

La muqueuse est modérément épaissie et ses glandes en tube ont leurs dimensions normales. Les lésions sont surtout sous-muqueuses, La zone des follicules s'y montre, en effet, hypertrophiée d'une manière notable, moins par la formation de nombreux follicules conglomérés, mais plutôt par les dimensions considérables des îlots folliculaires fondamentaux.

Chacun de ces follicules, hypertrophiés plus en largeur qu'en hauteur, est entouré d'une couronne de péri-folliculite subaiguë très remarquable sur les coupes qui n'ont pas été très exactement orientées suivant la perpendiculaire à la surface de la muqueuse. Ces anneaux de lésions inflammatoires se reconnaissent à leur isolement net, à la condensation du tissu conjonctif, lâche à l'état normal autour du follicule, enfin aux travées fibroïdes qui les constituent. Au milieu de ces tractus denses, se sont infiltrées d'innombrables cellules lymphatiques qui donnent à la bande péri-folliculaire un aspect très comparable à celui du tissu folliculaire lui-même. La technique suivie (durcissement par l'alcool fort, montage des coupes dans le baume, ou même dans la glycérine) a isolé totalement chaque follicule de sa couronne

de péri-folliculite. La distinction entre les deux tissus devient fort aisée.

Le reste de la sous-muqueuse est beaucoup moins irritée, et les lésions chroniques fibreuses n'y apparaissent que par placards irréguliers, discrets.

Les signes d'une infection aiguë s'y reconnaissent à la présence de nombreux vaisseaux lymphatiques distendus par les cellules blanches.

Les couches musculieuses, normales comme épaisseur, sont traversées, principalement par l'externe, par de larges canaux lymphatiques sinueux, gorgés d'éléments parmi lesquels on distingue surtout la masse des globules blancs, petits, et mono-nucléaires.

La sous-séreuse, chroniquement épaissie, est infectée de la même façon que les couches précédentes.

Suites opératoires. — 31 Août au soir. T., 37°8. On injecte 250 grammes de sérum sous la peau des jambes.

1^{er} Septembre. — T. M., 37°8 ; T. V. 38°. Pas de selles et douleurs vives de ventre. Glace, Eau de Vichy, Champagne. Huit pilules d'opium de 1 centigramme chacune.

2 Septembre. — T. M., 37°2, T. V. 38°2. Douleurs de ventre persistantes. Un lavement simple est suivi d'une évacuation.

3 Septembre. — T. M., 37°2 ; T. V. 38°2. On défait le pansement. La plaie est excellente ; on se contente d'y saupoudrer de l'iodoforme et de recouvrir le tout de gaze. Les douleurs de ventre persistent, mais sans vomissements.

4 Septembre. — T. M., 37°2 ; T. V., 38°2. Lavement simple suivi d'effet. Glace. Champagne.

5 Septembre. — T. M., 37°2 ; T. V., 38°2. Les douleurs

abdominales commencent à diminuer et l'enfant peut reposer un peu la nuit.

7 Septembre. — T. M., 37°; T. V., 37°2. Les douleurs ont disparu. L'enfant demande elle-même à manger.

8 Septembre. — T. M., 37°; T. V., 37°4. Après lavement, légères douleurs pour aller à la selle. On ordonne un œuf sans pain.

9 Septembre. — T. M., 37°1. On enlève les fils, plaie excellente. L'enfant peut jouer sur son lit et les drains ne laissent suinter qu'un peu de pus.

1^{er} Août. — On enlève les drains, qu'on remplace par des crayons d'iodoforme.

1^{er} Septembre. — L'enfant va aussi bien que possible.

OBSERVATION VIII

D... (Louise), âgée de quatre ans, entre le 16 Janvier 1896 à l'Hôpital maritime pour une coxalgie gauche, compliquée d'abcès du psoas du même côté.

Le 2 Novembre, un nouvel abcès apparaît dans la région des adducteurs.

Le 28 juin 1897, on fait à la malade une résection de la hanche avec réunion secondaire, mais rapide.

Le 1^{er} Septembre 1898, la fillette ne se plaint aucunement et on lui refait le matin un appareil plâtré embrassant la moitié du torse et le membre inférieur gauche en entier. Elle présente, en outre, de la vulvite.

Le soir même du jour où son plâtre fut refait, elle eut un vomissement alimentaire et quelques douleurs de ventre, mais la température ne fut pas prise ; on pensait à une vulgaire indigestion.

Dans la nuit, elle eut quatre ou cinq vomissements. Le lendemain matin, 2 Septembre, à 11 heures, nous constatons les symptômes suivants : la fièvre est montée à 39°3 ; les douleurs de ventre sont plus vives, surtout au point de Mac Burney et à l'épigastre ; la langue n'est pas mauvaise, mais il y a de la diarrhée ; le pouls bat à 120. Nous portons le diagnostic d'appendicite, mais on attend quelques heures avant d'opérer. A 3 heures de l'après-midi, quand nous revoyons la malade, le pouls est monté à 170 ; la fièvre à 39°7, et bien qu'il n'y ait ni hoquet ni vomissements, le ventre est toujours sensible et le faciès très altéré. Il n'y avait plus à hésiter et M. Ménard laparotomise à 3 heures, à peine *vingt heures* après le début des premiers accidents.

On ne trouve pas de pus à l'ouverture du ventre, mais l'appendice, qui a une position rétro-cœcale ascendante, est assez difficile à dégager. On le résèque par le procédé habituel, et l'on constate une très légère vascularisation des anses intestinales. On ne fait pas de lavage ; mais, pour plus de sécurité, on laisse un drain pour quelques jours.

A l'examen macroscopique, l'appendice ne montre pas de perforation, mais avant de l'ouvrir, on distingue à sa surface deux tâches noirâtres qui pourraient faire croire à l'existence de corps étrangers dans son intérieur. Toutefois, la lumière en est libre, seulement diminuée de calibre par les mamelonnements de la muqueuse hypertrophiée, puis on observe à sa partie moyenne et à son extrémité libre

deux plaques noirâtres de nécrobiose muqueuse de la largeur de 1 franc environ. A la coupe, la tranche montre un piqueté rougeâtre très net.

L'examen histologique a été fait par M. Letulle.

La muqueuse offre, sur les coupes, un aspect mamelonné fort accusé ; les dépressions sont, d'ordinaire, au contact de follicules lymphatiques muco-sous-muqueux très gros et sûrement hyperplasiés, leur tissu réticulé arrivant au contact même de l'épithélium cylindrique du revêtement de la muqueuse.

Autour de ces fusées folliculaires intra-muqueuses, les lésions inflammatoires aiguës sont abondantes, les mailles du tissu conjonctivo-vasculaire du chorion proprement dit sont distendues par les éléments inflammatoires diapédésés.

Aucune trace cependant d'ulcération ni de suppuration de la muqueuse.

Les glandes, très hypertrophiées, se réunissent par îlots, en éventails, de chaque côté des dépressions de la muqueuse.

Dans la sous-muqueuse, largement épaissie par les follicules hyperplasiés, les travées fibroïdes s'accumulent par zones péri et inter-folliculaires.

En maints endroits, les follicules sont gorgés de sang (apoplexies folliculaires), les hémorragies gagnent rarement le chorion de la muqueuse et respectent toujours la sous-muqueuse.

Toutes les couches de l'organe sont remplies de vaisseaux lymphatiques surdistendus (lymphangite térébrante). L'infection gagne la sous-séreuse et ne s'y cantonne pas

dans les grandes voies lymphatiques ; les mailles interstitielles sont, de même, bourrées de cellules blanches parmi lesquelles il est facile de colorer des bacilles ne tenant pas le Gram.

Le péritoine montre de place en place des adhérences anciennes vascularisées. On ne trouve pas trace d'exsudats péritonitiques récents.

Sur aucune coupe, il n'existe le moindre indice de lésions tuberculeuses.

Suites opératoires. — Elles furent assez inquiétantes.

2 septembre. — Au soir, T., 38°.

3 septembre. — T. M., 38°4 ; T. V., 39°2. La petite malade est prise de vomissements verdâtres, de hoquet, de douleurs abdominales et le facies s'altère.

4 septembre. — T. M., 38°6 ; T. V., 38°8. Lavement, opium, glace, champagne.

5 septembre. — T. M., 38°2 ; T. V., 39°8. Lavement laudanisé. On enlève le pansement sans rien constater de particulier du côté de la plaie. Il n'y a pas de pus et cependant les vomissements verdâtres ne cessent pas, accompagnés de douleurs abdominales et de hoquet.

6 septembre. — T. M., 37°8 ; T. V., 38°6. Lavement. Douleurs de ventre.

7 septembre. — T. M., 38° ; T. V., 37°6. Les douleurs commencent à diminuer.

8 septembre. — T. M., 37°4 ; T. V., 37°6. L'enfant a passé une bonne nuit. Elle n'a plus de vives douleurs et demande à manger.

9 septembre. — T. M., 37°2. On enlève les fils. La plaie

est bonne. Régime lacté. Les lavements sont inutiles, car la malade va seule à la selle.

13 septembre. — Ablation des drains remplacés par des crayons d'iodoforme.



Conclusions

I: — Notre seul but dans cette étude de l'épidémicité de l'appendicite a été d'attirer l'attention sur cette question dont quelques auteurs ont parlé mais, croyons-nous, d'une façon beaucoup trop timide.

II. — Nous ne considérons pas l'appendicite comme une maladie épidémique et contagieuse au même titre que la scarlatine, la rougeole, etc. nullement. L'appendicite est surtout, pour nous, comme pour tous les auteurs, une maladie sporadique qu'on observe d'une façon plus ou moins régulière et sans qu'on en connaisse toujours bien la cause.

Néanmoins on peut observer aussi dans certains cas de petites épidémies reconnaissant des causes occasionnelles différentes (grippe, infection intestinale contagion peut-être) et variables avec chaque épidémie. Ces épidémies d'appendicite ne comprennent le plus souvent que quelques cas — cinq ou six au plus — comme le démontrent les faits anciens et nouveaux que nous avons pu recueillir et peuvent s'expliquer par l'exaltation de la virulence du coli bacille pendant une maladie infectieuse quelconque ou pendant la convalescence.

III. — Quant à la contagiosité de l'appendicite c'est une cause de l'épidémicité qui nous a frappés pour l'avoir rencontrée dans quelques cas, mais qui a besoin pour être affirmée d'observations plus nombreuses. Nous avons cependant donné deux hypothèses, dont l'une absolument nouvelle, qui permettent d'expliquer cette contagiosité.

IV. — Enfin nous avons voulu surtout attirer l'attention de nos successeurs sur une question que nous avons nous-même travaillée avec le plus vif intérêt. Cette question de l'épidémicité de l'appendicite est loin à l'heure actuelle de réunir les suffrages unanimes, mais nous ne désespérons pas que dans un avenir prochain et par une connaissance de jour en jour plus grande de l'appendicite, on n'arrive pas à admettre d'une façon certaine ce caractère que nous avons suffisamment dégagé, croyons-nous, d'un grand nombre d'observations françaises et étrangères recueillies à la fois par des médecins et des chirurgiens, à savoir que : il y a des épidémies d'appendicite.

Vu : Le Président de la Thèse,
HUTINEL.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Bibliographie

Cathelin. — Presse médicale, Juin 1899.

Charrin. — Société biologie, 1897-98.

Dieulafoy. — Cliniques de l'Hotel-Dieu, 1897 et 98.

Faisans. — Société Médicale des hôpitaux, Mars 1899.

Fringuet. — Presse médicale, 1899.

Goloubow. — Meditzina, 1896, n° 12.

Jalaguier. — Traité de Chirurgie. Appendice.

De Klecki. — Annales de l'Institut Pasteur, Juin 1899.

Mauclaire. — Bulletin Médical, Octobre 1899.

Merklen. — Société médicale des hôpitaux, 1897.

Monod et Vanverts. — De l'Appendicite, collection
Léauté.

Talamon. — De l'Appendicite, collection Charcot.

